

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00707 vom 21. Juni 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00707](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00707)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00707 du 21 juin 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00707 del 21 giugno 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs.

### **E. 1.3**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Ge such hin für die Zukunft entsprechend erhöht, her abgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C\_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige

Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweismwürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9 C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

#### **E. 1.4**

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.).

#### **E. 2**

IVG).

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die Einstellung der Rente damit, dass im Anschluss an das Urteil des Sozialversicherungsgerichts vom 15. Oktober 2013 eine Potentialabklärung durchgeführt worden sei, welche aufgrund der Befindlichkeiten der Beschwerdeführerin abgebrochen worden sei. In der Folge sei eine erneute Rentenüberprüfung durchgeführt worden, wobei in der ergänzenden Stellungnahme der Medas Y.\_\_\_\_ vom 14. November 2012 (vgl. Urk. 8/155) von einer unveränderten Arbeitsfähigkeit seit 2006/2007 ausgegangen worden sei, weshalb seit dem Jahr 2007 unverändert eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestehe. Gestützt auf eine Qualifikation von 70 % Erwerbsbereich und 30 % Haushaltsbereich könnte die Beschwerdeführerin in einem 70 %-Pensum ein Valideneinkommen von Fr. 67'183.70 erzielen, was auch dem Invalideneinkommen entspreche. Im Aufgabenbereich Haushalt bestehe keine Einschränkung, so dass ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 0 % resultiere (Urk. 2 S. 2 f.).

#### **E. 2.2**

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, dass sich ihr Gesundheitszustand, welcher seinerzeit zur Berentung geführt habe, nicht verändert habe, sondern dass es sich bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die Medas-Gutachter lediglich um eine andere Würdigung des unverändert gebliebenen Sachverhalts handle. Im

Weiteren habe kein ordentliches Abmahnverfahren mit Bezug auf die berufliche Eingliederung stattgefunden (Urk. 1 S. 5 und S. 9-13).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob die von der Beschwerdegegnerin verfügte Aufhebung der bisher gewährten ganzen Rente rechtmässig ist. Dies hängt da von ab, ob eine revisionsrelevante Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse im Sinne von Art. 17 ATSG vorliegt. Entsprechend sind die Verhältnisse im Zeitpunkt der ersten Rentenrevision im Jahre 2001 (Urk. 8/86) respektive der Mitteilung vom 6. September 2001 (Urk. 8/105), welcher Entscheidet sich auf die in der A.\_\_\_\_ durchgeführte Begutachtung (Urk. 8/101) und die Haushaltabklärung vom 4. September 2001 (Urk. 8/102) stützte, mit jenen zur Zeit der angefochtenen Verfügung vom 10. Juni 2015 (Urk. 2) zu vergleichen (vgl. E. 1.3). Der im Zusammenhang mit der zweiten Rentenrevision von 2004 (vgl. Urk. 8/112) eingeholte Bericht des Hausarztes Dr. med. B.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, vom 19. Oktober 2004 (Urk. 8/110/3) erfüllt die Voraussetzungen für die gemäss Art. 17 ATSG erforderliche rechtskonforme Sachverhaltsabklärung nicht (vgl. E. 1.3), so dass die Mitteilung vom 12. November 2004 (Urk. 8/113) als Vergleichszeitpunkt ausser Acht fällt.

Eine Überprüfung der in Frage stehenden Rente gestützt auf lit. a Abs. 1 der per 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmungen der Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 18. März 2011 (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket; SchlB IVG 6. IV-Revision) entfällt im vorliegenden Fall, wie die Beschwerdegegnerin zutreffend festhielt (Urk. 8/167/3). Denn seit dem Beginn des Rentenanspruchs (vgl. hierzu BGE 140 V 15 E. 5.2) im Dezember 1996 (Urk. 8/88-89) und der Einleitung der Rentenüberprüfung (vgl. dazu BGE 140 V 15 E. 5.3.5: 1. Januar 2012) sind bereits mehr als 15 Jahre vergangen (lit. a Abs. 4 SchlB IVG 6. IV-Revision).

#### **E. 3.1.1**

Grundlage für die Rentenbestätigung vom 6. September 2001 (Urk. 8/105) bildete im Wesentlichen das neurologische und neuropsychologische Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_, Chefarzt an der A.\_\_\_\_, vom 1. Februar 2001 (Urk. 8/83) sowie das neuropsychologische Teilgutachten von D.\_\_\_\_, Psychologin FSP und Neuropsychologin an der A.\_\_\_\_, vom 30. August 2000 (Urk. 8/76).

#### **E. 3.1.2**

Der Gutachter Dr. C.\_\_\_\_ stellte folgende Diagnosen bei Status nach Beschleunigungsverletzung der HWS anlässlich des Verkehrsunfalls vom 17. Juli 1995 (Urk. 8/83 S. 15): - chronisches therapieresistentes Schmerzsyndrom mit Schwerpunkt im HWS-Bereich - tief lumbale Schmerzen - Plexusreizsyndrom im costoclaviculären Übergangsbereich beidseits - posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), die sich sehr wahrscheinlich zu einer Angsterkrankung entwickelt haben mit verschiedenen begleitenden vegetativen Symptomen (wie Zittern, Schweissausbrüchen) - Schwindelsymptome

Dr. C.\_\_\_\_ hielt fest, die Beschwerdeführerin sei sehr müde, kraftlos und weniger belastbar. Sie habe kein Vertrauen mehr in sich selbst und leide unter Angstgefühlen, die zeitweise die Intensität einer Panikattacke annehmen würden. Die Angstsymptome würden alles überschatten. Es genügten bereits wenige Belastungen, damit die Angstsymptome aufträten. Bereits der Gedanke, dass ihre 12½jährige Tochter mit dem Fahrrad zur Schule unterwegs

sei, löse grosse Angst aus. Auch unter Ereignissen, die sie nicht direkt betreffen, oder bei Problemen anderer Leute leide sie sofort. Sie schaffe es nicht mehr, zu den Ereignissen die notwendige Distanz zu haben (S. 9).

Im Weiteren führte der Gutachter aus, der Neurostatus zeige keine sensomotorischen Ausfälle. Es lägen Hinweise auf das Entstehen von Missempfindungen im Bereich der Finger I und II rechts in Abhängigkeit der Armposition vor. In diesem Hautbereich sei eine Überempfindlichkeit für Berührung gegeben. Eine genaue Lokalisation einer eventuellen Enge, welche die Symptome verursache, sei klinisch nicht sicher festzulegen. Die Hirnnerven zeigten unauffällige Befunde, wobei insbesondere kein Nystagmus vorhanden sei, der mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Schwindelgefühlen bei Augenbewegungen nach oben korreliere. Die aktiven Kopfbewegungen nach rechts seien um zirka 15 % eingeschränkt und von Schmerzen im Nacken begleitet, wobei die Schmerzen in den rechten Arm ausstrahlten. Im Nackenbereich paravertebral rechts sei die Muskulatur leicht verspannt und auf Berührung und Druck empfindlich. Ein weiterer Schwerpunkt der Verspannung und der lokalen Empfindlichkeit liege im Trapezius-Bereich rechtsbetont vor. Bei aktiven schnellen Kopfbewegungen würden Schwindelgefühle (Schwankschwindel) auftreten. Es lägen zudem spontan und auf Druck tieflumbale und sakrale Schmerzen vor (S. 10 und S. 14), welche nicht im Vordergrund der Beschwerden stünden und die Beschwerdeführerin dadurch einschränkten, dass sie beim längeren Sitzen Schmerzen tieflumbal verspüre (S. 13).

### **E. 3.1.3**

Die Psychologin und Neuropsychologin D.\_\_\_\_ führte aus, die Beschwerdeführerin sei gemäss ihren eigenen Angaben seit dem Unfall licht- und lärmempfindlich und leide täglich unter Kopfschmerzen, weshalb sie fast jeden Tag Schmerztabletten nehmen müsse. Schon kleinste Belastungssituationen oder Stress erhöhten die Kopfschmerzen und machten den Tablettenkonsum notwendig. Weiter leide sie unter Schwindel und suche immer noch Halt beim Gehen und schwimme nur am Beckenrand. Aufgrund ihrer vielfältigen Beschwerden vermeide sie Situationen, Orte oder Kontakte mit Menschen und habe seit dem Unfall eine Angststörung. Familiär sei es zu verschiedenen Belastungssituationen gekommen; so könne sie beispielsweise ihre Kinder nicht mehr kompetent und ohne Hilfe betreuen. Im Weiteren leide sie nach wie vor unter Panikattacken und habe oft eine depressiv-ängstliche Stimmung, wobei sie dann viele Dinge, die ihr geschähen, in diese negativen Gedanken einordne (Urk. 8/76 S. 1 f.).

Im Weiteren hielt die Psychologin fest, die Beschwerdeführerin sei bezüglich ihres Leistungsvermögens deutlich verunsichert, zeige eine depressiv-ängstliche Verarbeitung und reagiere auf Belastungssituationen psychovegetativ (Schweissausbrüche, Zittern). Infolge der herabgesetzten (psychischen) Belastbarkeit habe nur ein Teil der geplanten Testverfahren durchgeführt werden können und die computergestützte Diagnostik habe abgebrochen werden müssen, da die Beschwerdeführerin deutlich überfordert gewesen sei. Im erhobenen Leistungsprofil zeigten sich Einschränkungen im Bereich der Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistungen, der verbalen und nonverbalen Lern- und Gedächtnisfähigkeiten sowie der Flexibilität respektive der Ideenproduktion. Die Befunde stimmten weitgehend mit den Resultaten der Voruntersuchung am E.\_\_\_\_ vom Oktober 1997 überein (S. 3).

Aus psychodiagnostischer Sicht zeige sich aktuell eine Angststörung mit Panikattacken bei einer ängstlich-depressiven Verarbeitung und einer chronifizierten Schmerz-Symptomatik. Eine PTBS im engeren Sinne (angelehnt an die Kriterien des ICD-10) könne aktuell nicht mehr diagnostiziert werden. Aufgrund des Gesamtbeschwerdebilds stehe aus neuropsychologischer Sicht die Behandlung der Angststörung im Vordergrund, wobei eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung zu empfehlen sei, da diese spezielle Form der Psychotherapie bei Angst und Depression die besten und langfristig anhaltendsten Behandlungserfolge erziele (S. 3 f.).

### **E. 3.2.1**

Die Beschwerdegegnerin stütze die in Frage stehende Verfügung vom 10. Juni 2015 (Urk. 2) im Wesentlichen auf die Einschätzung ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 5. Februar 2013 (Urk. 8/167 S. 2 f.) respektive 28. November 2012 (Urk. 8/157 S. 6 und Urk. 2 S. 2), welcher sei nacheinander auf das Medas-Gutachten vom 26. Juli 2011 (Urk. 8/144/2-36) sowie dessen Ergänzung vom 14. November 2012 (Urk. 8/155) abstelle (Urk. 8/233 S. 3).

### **E. 3.2.2**

Die Medas-Gutachter med. pract. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie und FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, sowie lic. phil. H.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, nannten in ihrer interdisziplinären Expertise folgende Diagnosen (Urk. 8/144/2-36 S. 22): - mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - keine - ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - chronische, linksbetonte cervikospodylogene und teils cephalische Symptomatik mit/bei: - degenerativen HWS-Veränderungen C5/C6 - muskulärer Dysbalance - anamnestisch Zustand nach Wirbelsäulentrauma 1995 - linksbetonte chronische lumbospodylogene Symptomatik mit/bei - Torsions-Skoliose - diskreter beginnender Degeneration des Segmentes L4/L5 - Psoriasis vulgaris, ohne assoziierte Spondylarthropathie - schädlichem Gebrauch von Benzodiazepinen (Temesta, ICD-10 F13.1) - Agoraphobie (ICD-10 F40.01)

### **E. 3.2.3**

Die Gutachterin med. pract. F.\_\_\_\_ führte aus, bei der Beschwerdeführerin habe sich aufgrund des Autounfalls eine typische Agoraphobie entwickelt, wobei die erste Panikattacke drei Tage nach dem Unfall beim Aussteigen am Bahnhof aufgetreten sei. Die Beschwerdeführerin meide Orte mit gehäuften Menschaufkommen und suche Fahralternativen, ebenso bestünden agoraphobische Ängste mit Vermeidung von Tunnel, Zug, Auto und Flugzeug, im Kino (am Rand sitzen), beim Duschen zu Hause (jemand in der Nähe, offene Badezimmertür) und im Schwimmbad. Die Anwesenheit einer anderen vertrauten Person (beispielsweise des Ehemanns) helfe ihr, sich diesen Situationen notgedrungen ermassen auszusetzen, wobei sie in vielen Situationen nach wie vor auf Temesta zurückgreife. Die jahrelange und bislang unzureichend behandelte Angsterkrankung habe zu einem verminderten Selbstwert mit Versagensängsten (bei Fragen am Arbeitsplatz Händezittern) geführt (Urk. 8/144/2-36 S. 23 und S. 29). Die Gutachterin hielt ferner fest, die Beschwerdeführerin habe zusätzlich eine psychosoziale Problematik geschildert. In der Schweiz habe sie sich als Frau emanzipieren wollen und sei vor dem Unfall auf einem guten Weg gewesen. Anschliessend sei sie jedoch gezwungen gewesen, sich mit dem Ehemann zu arrangieren und fühle sich zunehmend von ihm

abhängig. Die Beschwerdeführerin beschreibe eine bereits vor dem Unfall schwierige Beziehung mit dem danach zunehmend aggressiver reagierenden Ehegatten und habe sich mit Trennungsgedanken beschäftigt, wobei sie vom Ehemann zum Bleiben überredet worden sei (S. 24).

Im Weiteren wies med. pract. F. \_\_\_ darauf hin, dass bei der Beschwerdeführerin eine situationsbezogene, leicht affektlabile, subdepressive Stimmung vorliege. Eine erhebliche depressive Affektauslenkung habe indessen nicht bestanden, vielmehr sei ein guter affektiver Rapport herstellbar gewesen und habe eine gute Schwingungsfähigkeit bestanden. Bis auf die phobischen Ängste und das entsprechende Vermeidungsverhalten bestehe keine wesentliche Aktivitätseinschränkung. Ebenso wenig liege eine Einschränkung der Freudfähigkeit noch ein durchgängiger Interessenverlust vor. Die Beschwerdeführerin habe anhaltende soziale Beziehungen, Hobbies und Interessen und beteilige sich an allen häuslichen Aktivitäten. Entsprechend könne bei der Beschwerdeführerin die Diagnose einer depressiven Störung mit eigenständigem Krankheitswert nicht gestellt werden. Gleichermassen liege auch keine dysthyme Grundstimmung vor. Die diagnostischen Kriterien einer depressiven Störung gemäss ICD-10 seien nicht erfüllt. Des Weiteren seien auch – abgesehen von den Schlafstörungen – die typischen Symptome einer leichten depressiven Episode nicht gegeben. Ebenso wenig könne ein somatisches Syndrom ausgemacht werden (S. 25 und S. 29). Eine Anpassungsstörung mit depressiv-ängstlicher Symptomatik möge unmittelbar nach dem Unfall vorgelegen haben, eine solche Diagnose sei jedoch nicht von Dauer und ursächlich bedingt durch ein auslösendes Ereignis (Unfall im Jahr 1995). Des Weiteren könne auch keines der für eine PTBS typischen Merkmale festgestellt werden. Die Beschwerdeführerin sei insbesondere nicht emotional betäubt, stumpf oder gleichgültig, weshalb die Diagnose einer PTBS – auch retrospektiv – nicht nachvollziehbar sei. Zusammengefasst liege lediglich eine Agoraphobie vor, welche unzureichend oder gar nicht adäquat behandelt worden sei. Die Beschwerdeführerin befinde sich seit mindestens drei Jahren in keiner psychiatrischen Behandlung und nehme auch keine regelmässige psychopharmakologische Medikation ein (S. 26 f. und S. 29 f.).

Die Gutachterin hielt sodann fest, am besten evaluiert seien bei Vorliegen einer Agoraphobie ein kombiniertes kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm, welches unter anderem die Vermittlung von Strategien zur Bewältigung von Angst und körperlichen Symptomen berücksichtige, sowie eine medikamentöse Therapie mit Antidepressiva. Diese Behandlung führe bei einem hohen Prozentsatz der Betroffenen zu einer deutlichen Besserung oder sogar Vollremission. Benzodiazepine (Temesta) könnten zwar die Symptome supprimieren, erzeugten jedoch eine Abhängigkeit oder führten nach Reduktion zu verstärktem Auftreten der Agoraphobie. Die Störung in der vorliegenden geringen Ausprägung löse jedenfalls keine generelle Arbeitsunfähigkeit aus, vielmehr neige die Beschwerdeführerin zur Selbstlimitierung mit Symptomfixierung, so wie dies im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung festgehalten worden sei (S. 26 f. und S. 30).

Betreffend die Entwicklung des Gesundheitszustands über die letzten Jahre, insbesondere seit 2006/2007, wies die Gutachterin darauf hin, dass sich die Beschwerdeführerin in den letzten Jahren in keiner psychiatrisch fachärztlichen Behandlung befunden habe und es trotzdem zu keiner Zustandsverschlechterung gekommen sei. Bei einer adäquaten Behandlung wäre eher eine Remission der Erkrankung zu erwarten gewesen

(Urk. 8/144/37-57 S. 20).

#### **E. 3.2.4**

Der Gutachter Dr. G.\_\_\_\_ hielt in rheumatologischer Hinsicht fest, die aktuellen muskuloskelettalen Beschwerden entsprächen einem chronischen myofaszialen Schmerzzustand mit teils begleitendem Kopfschmerz und Schwindelsensationen im Sinne einer linksbetonten cervico-spondylogenen und cephalen Symptomatik. Lumbal seien myofasziale Schmerzen lumbosa cral und ausstrahlend in die linke Beckenregion und das linke Bein geklagt, entsprechend einer linksbetonten lumbospondylogenen Pathologie. Objektiv vierbar seien klinisch ein linksbetonter Muskelhartspann im Bereich von Nacken und Schultergürtel. Funktionell bestehe eine leichte bis mittelgradige (1/3 bis 2/3) Bewegungseinschränkung der HWS, wobei diese Limitierung anhand einer früheren MRI-Untersuchung nicht eindeutig erklärbar sei. Aktuelle konventionelle Röntgenaufnahmen zeigten degenerative Veränderungen hauptsächlich im Segment C5/C6. Die Funktionsaufnahmen zeigten keine makroskopisch erkennbare Instabilität, die Inklinationsaufnahme zeige jedoch eine deutliche Steifigkeit der oberen HWS und eine persistierende Lordose der unteren HWS-Segmente. Lumbal liessen sich klinisch weichteilbetonte Veränderungen im Sinne von Myogelosen, Insertionstendinosen und Kettentendinosen am Oberschenkel, passend zur lumbo-spondylogenen Symptomatik, nachweisen, wobei klinisch keine funktionellen Defizite bestünden. Radiologisch könne eine Skoliose und eine beginnende Chondrose des Segmentes L4/L5 objektiviert werden. Da seit einigen Jahren eine Psoriasis mit hauptsächlichem Befall von Kopfhaut und Zehennägeln bekannt sei, müsse differenzialdiagnostisch eine mögliche psoriasisassoziierte Wirbelsäulen- und Gelenksymptomatik in Betracht gezogen werden. Aktuell bestünden indessen weder klinisch noch anhand der neuen Röntgenaufnahmen Hinweise auf einen Skelettbefall seitens der Psoriasis (Urk. 8/144/2-36 S. 27 f.).

Dr. G.\_\_\_\_ erachtete die Fortsetzung der schmerzadaptierten Medikation als sinnvoll. Allenfalls könne die Beschwerdeführerin auch von einer ergänzenden schmerzdistanzierenden Medikation profitieren. Indiziert sei zweifellos eine aktivere Bewegungs-/Eigentherapie zur Verbesserung der Kraftausdauerfunktion und der Belastungstoleranz im Bereich der HWS und Lendenwirbelsäule (S. 28).

Der Gutachter hielt zusammengefasst fest, dass aus rheumatologischer Sicht nur leichtgradige degenerative und muskulär bedingte Einschränkungen am Bewegungsapparat bestünden, welche medizinisch-theoretisch für eine leistungsgerechte Tätigkeit mit leichten bis intermittierend mittelschweren wechselbelastenden Aktivitäten keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen würden. Dieses Leistungsprofil entspreche der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Übersetzerin respektive Asylantenbetreuerin, weshalb für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit in rheumatologischer Hinsicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege (S. 30).

Dr. G.\_\_\_\_ wies im rheumatologischen Teilgutachten schliesslich darauf hin, dass die cervikalen Beschwerden seit dem Unfallereignis andauerten und die lumbalen Beschwerden erst einige Zeit später, ohne erkennbaren Auslöser, aufgetreten seien. Eine Verschlechterung der Situation im Rahmen einer später aufgetretenen Psoriasis mit entzündlicher Skelettbeteiligung lasse sich rheumatologisch weder anamnestisch, klinisch noch radiologisch erhärten (Urk. 8/144/69-84 S. 13). Aus rheumatologischer Sicht sei im Verlauf der vergangenen Jahre keine Verschlechterung des gesundheitlichen Befindens

nachweisbar und es habe bisher kein Zusammenhang zwischen der Psoriasis und den anhaltenden Wirbelsäulenproblemen erhärtet werden können (S. 15).

### **E. 3.2.5**

Die Fachpsychologin H.\_\_\_\_ hielt fest, dass sich in der neuropsychologischen Untersuchung Minderleistungen in allen untersuchten kognitiven Leistungsbereichen gezeigt hätten, wobei die Minderleistungen unspezifisch gewesen seien und von leichten Einbußen bis hin zu weit unter der Norm liegenden Ergebnissen gereicht hätten. Es sei aufgefallen, dass die Beschwerdeführerin während der gesamten Untersuchung sehr auf ihre Beschwerden fixiert gewesen sei und sich dadurch in den meisten Verfahren selbst limitiert habe. Sie habe Aufgaben relativ früh abgebrochen, habe wenig Ausdauer und Eigeninitiative im Sinne eines mangelnden Efforts gezeigt und die Anstrengungsbereitschaft sei auch nicht immer ausreichend vorhanden gewesen. In einem Symptomvalidierungsverfahren habe sie mit einem auffälligen Ergebnis abgeschnitten, was auch eine bewusstseinsnahe fehlende Leistungsbereitschaft nicht ausschliesse. Hinweise auf eine hirnorganisch bedingte Ursache der kognitiven Minderleistungen seien weder aus den Akten, den anamnestischen Angaben noch den aktuellen Ergebnissen ersichtlich (Urk. 8/144/2-36 S. 29). Demzufolge könne keine neuropsychologisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden (S. 30).

Die Gutachterin H.\_\_\_\_ wies weiter darauf hin, dass ein Vergleich mit der neuropsychologischen Voruntersuchung aus dem Jahre 2000 in der I.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 8/76) nur eingeschränkt möglich sei, da keine Rohdaten oder Standardwerte von damals vorlägen. Aus dem damaligen Bericht werde jedoch ersichtlich, dass im Vergleich zu heute gewisse Leistungen deutlich besser gewesen seien (unmittelbarer Abruf Texte, Wiedererkennungsleistung verbaler Lern- und Gedächtnistest, verbale Merkspanne), andere jedoch schlechter als heute (damals sei beispielsweise keine ausführliche Aufmerksamkeitsuntersuchung am PC möglich gewesen), insgesamt jedoch von ähnlichen Leistungen auszugehen sei (Urk. 8/144/2-36 S. 29).

### **E. 3.2.6**

Zusammenfassend hielten die Gutachter fest, dass die Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sowohl aus somatischer als auch psychiatrischer und neurologischer Sicht in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt sei, weder für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Übersetzerin oder Sozialbetreuerin noch für eine sonstige dem Alter und dem Habitus entsprechenden Verweistätigkeit (Urk. 8/144/2-36 S. 31).

### **E. 3.2.7**

In Beantwortung der Zusatzfragen der Beschwerdegegnerin zum Verlauf (Urk. 8/145) hielt Dr. med. J.\_\_\_\_, Chefarzt an der Medas Y.\_\_\_\_ und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, am 14. November 2012 (Urk. 8/155) fest, dass aus somatischer Sicht keine Verschlechterung des gesundheitlichen Befindens nachweisbar sei. Die in der Vergangenheit gestellten Diagnosen könnten aktuell weiterhin bestätigt werden. Hingegen sei weder anamnestisch noch aktuell aus versicherungsmedizinischer Sicht nachvollziehbar, weshalb mit diesen somatischen Diagnosen eine anhaltende erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert worden sei, insbesondere wenn berücksichtigt werde, dass die Beschwerdeführerin als Dolmetscherin, Beraterin und Betreuerin tätig sei, was als leidensadaptierte Tätigkeit zu beurteilen sei. Die Beschwerdeführerin klagte über

anhaltende psychische Beschwerden, wobei berücksichtigt werden müsse, dass sie in den letzten Jahren in keiner regelmässigen psychiatrischen Behandlung gestanden sei und anscheinend selbst keine Behandlungsbedürftigkeit spüre. Über einen allfälligen Remissionszeitpunkt der psychiatrischen Problematik könnten deshalb keine genauen Angaben gemacht werden. Die wiederholt attestierten Diagnosen wie Depression und PTBS könnten aktuell nicht bestätigt werden. Falls diese in der Vergangenheit vorgelegen haben sollten, müsse von einer grundsätzlichen Remission ausgegangen werden. Aus psychiatrischer Sicht sei eine Agoraphobie, eine Selbstlimitierung mit Symptomfixierung und ein schädlicher Gebrauch von Benzodiazepinen bestätigt worden, weshalb durchaus von einer Zustandsverbesserung ausgegangen werden könne, wobei die anamnestisch beschriebenen Diagnosen grundsätzlich in Frage zu stellen seien. Aufgrund der fehlenden medizinischen Informationen könne hingegen ein genauer Zeitpunkt der möglichen Remission nicht festgelegt werden (S. 1 f.).

Dr. J. \_\_\_ führte schliesslich aus, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht seit 2006/2007 von einer Arbeitsfähigkeit von 8.5 Stunden Präsenzzeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ohne Leistungsminderung auszugehen sei (S. 2).

#### **E. 4.1.1**

Vorwegzuschicken ist, dass das Medas-Gutachten und dessen Ergänzung (vgl. E. 3.2) den praxismässigen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise entspricht. So ist es für die streitigen Belange umfassend, gibt es doch Antwort auf die Fragen nach dem Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und der verbleibenden Arbeitsfähigkeit. Es beruht sodann auf den notwendigen Untersuchungen in psychiatrischer, neuropsychologischer und rheumatologischer Fachrichtung. Die Gutachter berücksichtigten detailliert die beklagten Beschwerden und setzten sich damit auseinander (Urk. 8/144/2-36 S. 7-11 und S. 23 ff.). Die Expertise wurde sodann in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben (S. 3-7), wobei sich die Gutachter zur Krankheitsentwicklung äusserten und Bezug auf die medizinischen Vorakten nahmen. Sie setzten sich insbesondere mit abweichenden Diagnosen in anderen Arztberichten auseinander und würdigten diese in nachvollziehbarer Weise (S. 29-31 und Urk. 8/155 S. 1 f.). Schliesslich leuchtet das Gutachten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen in der Expertise sind begründet.

In diesem Sinne legte Dr. G. \_\_\_ schlüssig dar, dass aus rheumatologischer Sicht nur leichtgradige degenerative und muskulär bedingte Einschränkungen am Bewegungsapparat bestehen, welche für Tätigkeiten mit leichten bis intermittierend mittelschweren wechselbelastenden Aktivitäten respektive für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Übersetzerin/Betreuerin keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen (Urk. 8/144/2-36 S. 30). Die Psychiaterin med. pract. F. \_\_\_ beschrieb einleuchtend, dass keine PTBS vorliegt und von einer unzureichend behandelten Agoraphobie auszugehen ist, welche aufgrund ihrer geringen Ausprägung keine generelle Arbeitsunfähigkeit nach sich zieht (S. 26 und S. 29 f.). Die Fachpsychologin H. \_\_\_ beschrieb nachvollziehbar, dass die in der Untersuchung festgestellten kognitiven Minderleistungen nicht auf hirnorganisch bedingte Ursachen zurückzuführen sind und aus neuropsychologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegt (S. 29 und S. 30).

#### **E. 4.1.2**

An dieser Beurteilung vermögen die im Nachgang zum Medas-Gutachten verfassten Arztberichte nichts zu ändern.

Dem Bericht von Dr. med. K.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom Rheumazentrum der L.\_\_\_\_ vom 11. Februar 2014 (Urk. 8/203/4-5) sind keine Hinweise auf allfällige Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aufgrund der darin erwähnten Fuss- res pektive Gelenksbeschwerden zu entnehmen. Gleiches gilt betreffend die Be richte des M.\_\_\_\_ vom 19. Juni 2014 (Urk. 8/203/7) sowie von Dr. med. N.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Be wegungsapparates FMH, am Fusszentrum der L.\_\_\_\_ vom 4. Dezember 2014 (Urk. 8/215/3-4).

Im Bericht des Hausarztes Dr. B.\_\_\_\_ vom 22. Januar 2015 (Urk. 8/224) werden sodann keine Diagnosen genannt und es fehlt eine nachvollziehbare Begründung, weshalb die Beschwerdeführerin nicht vollumfänglich arbeits fähig sein soll. Die Psychologin O.\_\_\_\_ weist in ihrem Bericht vom 3. Februar 2015 (Urk. 8/226) auf ein chronisches Cervikovertebralsyn drom, eine PTBS mit wiederholt auftretenden Panikattacken, auf Psoriasis-Athropathien sowie depressive Episoden hin, führt indessen nicht näher aus, inwiefern diese Diagnosen die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin beeinträchtigen. In diesem Zusammenhang ist zudem die Erfahrungstatsache zu be rücksichtigen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auf tragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351

E. 3b/cc). Im Übrigen sind den genannten Berichten auch keine Hinweise auf eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands nach Erstattung des Medas-Gutachtens zu entnehmen. Eine solche wird denn auch von der Beschwerdeführerin nicht geltend gemacht, zumal sie darauf hinweist, dass sich der Gesundheitszustand, der seinerzeit zur Berentung geführt habe, nicht verändert habe (Urk. 1 S. 5). Unter diesen Umständen erübrigen sich weitere wie von der Beschwerdeführerin beantragten medizinischen Abklärungen (Urk. 1 S. 2; antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d). Die Beschwerdeführerin beließ es zudem bei einem entsprechenden pauschalen Hinweis und machte keinerlei Angaben darüber, inwiefern der medizinische Sachverhalt ergänzungsbedürftig sein soll.

#### **E. 4.2.1**

Der Vergleich der seinerzeit in den Expertisen von Dr. C.\_\_\_\_ und der Psycholo gin D.\_\_\_\_ beschriebenen Befunde (vgl. E. 3.1) mit den Er gebnissen der Untersuchung der Medas-Gutachter (vgl. E. 3.2) ergibt, dass die gesundheitlichen Verhältnisse nicht erheblich verändert sind. Die Medas-Ex pertisen schlossen insbesondere eine Verschlechterung des Gesundheitszu stands in den vergangenen Jahren aus (Urk. 8/144/2-36 S. 34).

#### **E. 4.2.2**

Eine Rentenrevision ist nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesund heitszustands möglich (vgl. E. 1.3), sondern auch dann, wenn die Ver besserung der Arbeitsfähigkeit mit einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung begründet wird (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundes gerichts zum Sozialversicherungs recht, Bundesgesetz über die Invalidenversi cherung, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2014, Art. 30-31 Rz 22; BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteile des Bundesgerichts 9C\_349/2013 vom 24. Oktober 2013 E. 3.1 und 9C\_292/2012 vom 7. August 2012 E. 2.3).

### E. 4.2.3

Gemäss den Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ und der Psychologin D.\_\_\_\_ vom 30. August 2000 respektive 1. Februar 2001 vermied die Beschwerdeführerin damals Situationen, Orte und Kontakte mit Menschen. In familiärer Hinsicht kam es zu verschiedenen Belastungssituationen (Urk. 8/76 S. 2). Die Angstsymptome überschatteten das tägliche Leben der Beschwerdeführerin, wobei bereits geringe Belastungen die Symptome hervorriefen. So löste bereits der Gedanke, dass die 12½-jährige Tochter mit dem Fahrrad zur Schule unterwegs war, grosse Angst aus. Im Weiteren litt die Beschwerdeführerin unter Ereignissen, die sie nicht direkt betrafen, respektive unter Problemen anderer Leute und sie schaffte es nicht mehr, die notwendige Distanz zu den Ereignissen zu halten (Urk. 8/83/1-20 S. 9). Die Beschwerdeführerin war laut Haushaltabklärungsbericht vom 4. September 2001 auch nicht in der Lage, die Familie zu Anlässen ausser Haus zu begleiten, weil sie nie abschätzen konnte wie es ihr geht (Urk. 8/102/3 unten und Urk. 8/13/6). Ferner erhielt sie Unterstützung im Haushalt (Urk. 8/102/1).

Im Zeitpunkt der Medas-Begutachtung litt die Beschwerdeführerin im Wesentlichen unter Panikattacken, welche insbesondere am Hauptbahnhof Zürich auftraten. Sie sucht dann nach Fahralternativen und meidet Orte mit gehäuften Menschenaufkommen, notfalls nimmt sie eine Tablette Tamesta ein. Zufahren in Begleitung einer vertrauten Person ist problemlos möglich. Sie vermag – wohl alleine – sogar ihren ein- bis zweistündigen Arbeitsweg zu bewältigen (Urk. 8/230/4) und auch betreffend den Weg zur Z.\_\_\_\_ wurden keine Schwierigkeiten geltend gemacht. Die Beschwerdeführerin hat sodann Mühe, Tunnel zu benutzen, da sie dort unter Luftnot leidet, wobei es mit dem Zug besser geht als mit dem Auto. Per Flugzeug kann sie reisen, wenn sie eine Tamesta-Tablette einnimmt, wobei sie ein- bis zweimal pro Jahr nach Pristina fliegt (Urk. 8/144/2-36 S. 7 und S. 12). Zu Hause beim Duschen muss jemand in der Nähe und die Badezimmertür offen sein, im Kino muss sie am Rand sitzen und beim Schwimmen muss jemand anwesend sein. Bei der Arbeit verspürt sie bisweilen ein Händezittern und bei Fragen hat sie Angst, diese nicht beantworten zu können (S. 7). Die Beschwerdeführerin ist gemäss eigenen Angaben in ihrem Familienumfeld glücklich und freut sich an ihren Kindern. Sie erlebt ihre gesundheitlichen Probleme besser als früher, da sie weiss, was ihr fehlt. Zudem ist sie insgesamt wieder handlungsfähig geworden (S. 9). In der psychiatrischen/psychologischen Behandlung lernte sie sodann, mit den seit dem Unfall aufgetretenen Problemen zu leben (S. 10).

Nach dem Gesagten wird deutlich, dass sich bei der Beschwerdeführerin in der Zeit nach Februar 2001 eine Verbesserung im Sinne einer Angewöhnung (vgl. E. 4.2.2) eingestellt hat. Das Auftreten der Angstsymptome beschränkte sich noch auf einige wenige, sehr spezifische Situationen (Menschenmengen, Züge, Flugzeuge, Tunnel, Kino, Duschen, Schwimmen), welche die Beschwerdeführerin in Begleitung einer anderen ihr vertrauten Person oder mittels Einnahme einer Tamesta-Tablette zudem meistern konnte oder sie hat sich zur Vermeidung belastender Situationen Strategien angeeignet, wie etwa umfahren des Hauptbahnhofs, sitzen im Kino nur am Rand, offene Badezimmertür. Die Angewöhnung zeigte sich auch im Tagesablauf der Beschwerdeführerin: Am Vormittag frühstückt sie, liest die Post, erledigt Sachen für ihre Arbeitsstelle, macht Haushaltsarbeiten und bereitet sich etwas Kleines zum Mittagessen vor. Nachmittags geht sie nach draussen zum Einkaufen oder trifft Freunde. Am Abend kocht sie für die Familie, sitzt mit letzterer zusammen und geht ab und an mit der Tochter oder Freundinnen in den Ausgang

(Urk. 8/144/2-36 S. 11 und S. 14) und mit dem Ehemann oder auch allein spazieren (Urk. 8/210/4 Mitte), während sie laut Haushaltabklärungsbericht vom 4. September 2001 kaum an Anlässen ausser Haus teilnehmen konnte (Urk. 8/102/3 unten). Im Weiteren lässt der Umstand, dass sich die Beschwerdeführerin in den letzten drei Jahren vor der Medas-Begutachtung in keiner psychiatrischen Behandlung befand und keine regelmässige psychopharmakologische Medikation einnahm (S. 13 und S. 30), eine Angewöhnung erkennen.

#### **E. 4.2.4**

Zusammenfassend ist mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b) davon auszugehen, dass eine verbesserte Leidensanpassung vorliegt und die Beschwerdeführerin in einer leichten bis intermittierend mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist.

#### **E. 5.1**

Das Bundesgericht geht vom Regelfall aus, dass eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar ist (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2014, Art. 30-31 Rz 61). Praktisch bedeutet dies, dass aus einer medizinisch attestierten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit unmittelbar auf eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit geschlossen und damit ein entsprechender Einkommensvergleich (mit dem Ergebnis eines tieferen Invaliditätsgrades) vorgenommen werden kann.

In ganz besonderen Ausnahmefällen hat die Rechtsprechung dennoch nach langjährigem Rentenbezug trotz medizinisch (wieder) ausgewiesener Leistungsfähigkeit vorderhand weiterhin eine Rente zugesprochen, bis mit Hilfe von medizinisch-rehabilitativen und/oder beruflich-erwerblichen Massnahmen das theoretische Leistungspotential ausgeschöpft werden kann. Es können im Einzelfall Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch zumutbaren Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotentials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_163/2009 vom 10. September 2010, E. 4.2.2).

Diese Rechtsprechung hat das Bundesgericht im Urteil 9C\_228/2010 vom 26. April 2011 dahingehend präzisiert, dass die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente bei versicherten Personen, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen haben, nur zulässig ist, wenn die Beschwerdegegnerin zu vor Eingliederungsmassnahmen durchgeführt hat (E. 3.3).

Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass solche versicherte Personen aufgrund des fortgeschrittenen Alters oder der langen Rentendauer und der daraus folgenden langjährigen Arbeitsabstinenz in der Regel nicht selber in der Lage sind, sich dem Arbeitsmarkt zu stellen und sich dort selber wie der einzugliedern.

Dies führt zwar für die Betroffenen nicht zu einer Art Besitzstandsgarantie. Es wird ihnen lediglich, aber immerhin zugestanden, dass die Rente grundsätzlich erst nach geleisteter Eingliederungshilfe eingestellt werden darf (vgl. erwähntes Urteil 9C\_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.5).

## **E. 5.2**

Die Beschwerdeführerin hat seit 1. Dezember 1996 Anspruch auf eine halbe und seit 1. April 1997 auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung (Urk. 8/171 Ziff. 3.2). Sie bezieht daher seit mehr als 16 Jahren eine (ganze) Invalidenrente und fällt damit unter den vom Bundesgericht besonders geschützten Bezückerkreis (vgl. E. 5.1).

Nachdem mit Urteil vom 15. Oktober 2013 (Urk. 8/171) festgestellt worden war, dass die Beschwerdeführerin nicht auf den Weg der Selbsteingliederung verwiesen werden kann (Ziff. 3.5), erteilte die Beschwerdegegnerin Kosten gutschprache für die Potentialabklärung bei der Z.\_\_\_\_ (Urk. 8/204). In der entsprechenden von der Beschwerdeführerin am 14. November 2014 unterzeichneten Zielvereinbarung (Urk. 8/205) wies die Beschwerdegegnerin ins besondere darauf hin, dass die Leistungen gekürzt werden können, wenn sich eine versicherte Person einer zumutbaren Eingliederung ins Erwerbsleben widersetzt. Mit Mitteilung vom 12. Februar 2015 (Urk. 8/229) wurden die Eingliederungsmassnahmen aufgrund der Befindlichkeit der Beschwerdeführerin eingestellt.

## **E. 5.3**

Dem Abschlussbericht der Potentialabklärung der Z.\_\_\_\_ vom 30. Januar 2015 (Urk. 8/227) ist zu entnehmen, dass die Präsenzzeit von 4 Stunden für die Beschwerdeführerin nicht konstant durchhaltbar gewesen sei und die Abklärung grösstenteils aufgrund deren schlechter Befindlichkeit nach 3 Stunden habe beendet werden müssen. Im Verlauf der Abklärung habe sich die Befindlichkeit zunehmend verschlechtert, wobei sich der psychische Einbruch in Schlafproblemen, einer Stimmungseintrübung und in zunehmendem Gedankenkreisen gezeigt habe. Die Beschwerdeführerin habe mehrmals Angst vor einem Zusammenbruch ihrer Selbstakzeptanz und Lebensstruktur geäussert, welche sie mit Hilfe intensiver Therapie über mehrere Jahre aufgebaut habe. Auf körperlicher Ebene habe sie verstärkte Schmerzen wahrgenommen, wobei ihr die Arbeit am PC wie auch leichte körperliche Arbeiten Mühe bereitet hätten. Auf dieser Ebene habe die Beschwerdeführerin keinen zielführenden Sinn in der Potentialabklärung gesehen und habe letztere nach 2 Wochen abgebrochen (Ziff. 3.1).

Das Abbrechen der Potentialabklärung durch die Beschwerdegegnerin steht im Widerspruch zur Beurteilung der Medas-Gutachter. Wie erwähnt (vgl. E. 4.1), bestehen bei der Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht keine Einschränkungen für Tätigkeiten mit leichten bis intermittierend mittel schweren wechselbelastenden Aktivitäten. Die Präsenzzeit von lediglich 3 Stunden pro Tag beziehungsweise das Abbrechen der Abklärung nach 2 Wochen können daher nicht auf medizinische Ursachen zurückgeführt werden, sondern lassen vielmehr auf einen fehlenden subjektiven Eingliederungswillen schliessen. Vor diesem Hintergrund ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Eingliederungsmassnahmen im Februar 2015 einstellte (vgl. Urk. 8/229).

## **E. 5.4**

Die Beschwerdeführerin macht in diesem Zusammenhang geltend, die Beschwerdegegnerin habe kein Bedenkzeitverfahren im Sinne von Art. 21 Abs. 4 ATSG durchgeführt; ein solches hätte sich im vorliegenden Fall auf grund der vorliegenden Berichte, der langen Rentendauer sowie des Umstands, dass die Beschwerdeführerin ausdrücklich eine Wiederholung der Potentialabklärung gefordert habe, indessen aufgedrängt (Urk. 1 S. 14-16). Die Beschwerdeführerin erklärte gegenüber der

Eingliederungsberatung wie derholt, sie erachte eine höhere Arbeitsfähigkeit als 20 % nicht für möglich (Urk. 8/195/5 oben, Urk. 8/230/3). Anlässlich des Beratungsgesprächs nach Abbruch der Potentialabklärung legte die Beschwerdeführerin ihre Wahrnehmung dar, wonach die Massnahme auf ihre Befindlichkeit eine destabilisierende Wirkung gehabt habe. Es habe die Gefahr bestanden, dass sie ihre 20%ige Tätigkeit nicht mehr ausüben könne (Urk. 8/230/6). Dementsprechend setzte sie sich auch gegen die Mitteilung der Beschwerdegegnerin betreffend Abschluss der Eingliederungsmassnahmen (Urk. 8/229) nicht zur Wehr. Im Zusammenhang mit dem Abbruch der Potentialabklärung liess sie der Beschwerdegegnerin zudem Schreiben von ihren behandelnden Ärzten zukommen, wonach sie nicht in der Lage sei, an der Wiedereingliederung teilzunehmen (Urk. 8/224, Urk. 8/226). Weshalb die Beschwerdegegnerin bei dieser Ausgangslage angesichts der offensichtlich fehlenden Eingliederungsbereitschaft nicht direkt die Rentenherabsetzung hätte verfügen dürfen, legt die Beschwerdeführerin nicht dar und ist nicht ersichtlich. Beim Fehlen eines subjektiven Eingliederungswillens (vgl. E. 5.3) entfällt rechtsprechungsgemäss der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, ohne dass zunächst ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt werden müsste (Urteile des Bundesgerichts 8C\_19/2016 vom 4. April 2016 E. 5.2.3 und 8C\_569/2015 vom 17. Februar 2016 E. 5.1). Im Weiteren ist die Beschwerdeführerin bereits im November 2014 auf die Mitwirkungspflichten und die Folgen deren Verletzung hingewiesen worden (vgl. E. 5.2), weshalb der Einwand der Beschwerdeführerin betreffend Bedenkzeitverfahren ins Leere geht.

#### **E. 6**

Zu prüfen bleibt, ob sich das Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin in wirtschaftlicher Hinsicht auswirkt.

Die Beschwerdeführerin war vor Eintritt des Unfalls teilzeitlich (hypothetisches Arbeitspensum von 50 %, vgl. Urk. 8/81 Ziff. 4.b) beim P.\_\_\_\_ als Dolmetscherin und Sozialbetreuerin tätig (Urk. 8/14). Dieser Tätigkeit ging sie auch im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung in einem 20 %-Pensum nach (Urk. 8/230 S. 3). Wie erwähnt (vgl. E. 4.2.4) ist die Beschwerdeführerin bei Erlass der genannten Verfügung in einer leichten bis intermittierend mittelschweren belastenden Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Dieses Leistungsprofil entspricht demjenigen der bisherigen Arbeit als Dolmetscherin respektive Sozialbetreuerin (Urk. 8/144/2-36 S. 30), weshalb keine Einschränkung des Leistungsvermögens in erwerblicher Hinsicht, mithin keine Invalidität mehr vorliegt.

#### **E. 7**

Nach dem Gesagten erweist sich die Verfügung vom 10. Juni 2015 (Urk. 2) als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

#### **E. 8**

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 1'000.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Fürsprecher Rudolf Gautschi - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
Der Vorsitzende  
Die Gerichtsschreiberin  
Gräub  
Schleiffer  
Marais

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.